



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE MEDICINA

# **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

## **TÍTULO:**

**Percepción de la relación médico-paciente según los pacientes,  
médicos residentes y alumnos de pregrado del servicio de  
Medicina Interna de un Hospital General de Lima, Perú**

**Perception of the doctor-patient relationship according to  
patients, resident doctors and undergraduate students of the  
Internal Medicine service of a General Hospital of Lima, Peru**

## **ALUMNOS:**

**Camilla Agurto García  
Astrid Altamirano Quiroz  
Adriana Sánchez Velasco**

## **ASESOR:**

**Ray Ticse**

**2019**



## **JURADOS**

- Coordinador del jurado: Dr. Sergio Octavio Vasquez Kunze
- Profesor calificador: Dra. Elsa Rosa Neira Sanchez
- Profesor calificador: Dr. Hector Jesus Sosa Valle

## **ASESORES**

- Ray Ticse Aguirre

## **DEDICATORIA**

A Marisol, Jorge, Mercedes, Augusto y Nélica por siempre impulsarnos a seguir adelante en cada paso y enseñarnos a ser fuertes.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a nuestra *alma mater* Universidad Peruana Cayetano Heredia y a todos los maestros que participaron en nuestra formación como profesionales. Con especial cariño a nuestro asesor, por la paciencia y motivación en el trabajo en equipo.

## **FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

Este trabajo fue financiado por los investigadores.

## **DECLARACIÓN DEL AUTOR**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## ÍNDICE - TABLA DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MATERIALES Y MÉTODOS.....	4
3. RESULTADOS.....	7
4. DISCUSIÓN.....	11
5. CONCLUSIÓN.....	17
7. BIBLIOGRAFÍA.....	18
8. TABLAS Y GRÁFICOS.....	21

## **RESUMEN**

Introducción: Existen diversos modelos de relación en el encuentro clínico entre el médico y el paciente, generalmente el tipo paternalista. Sin embargo, se desea contar con mayor participación de los pacientes para lograr resultados en la adherencia y en el tratamiento.

Objetivos: Describir la percepción de los tipos de Relación Médico-Paciente desde el punto de vista del paciente, del médico residente y de los alumnos de la carrera de medicina en un hospital general de Lima, Perú.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo corte transversal, realizado en las salas de hospitalización de Medicina del Hospital Cayetano Heredia. Se utilizó la encuesta “Relación médico-paciente en la Pontificia Universidad Católica de Chile: evaluación de una escala de medición” de 28 preguntas, cada respuesta fue valorada según la escala Likert. Se aplicó a 100 pacientes, 100 médicos residentes y 100 estudiantes de último año de la facultad de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Resultados: Se encontró diferencia en la percepción de los participantes en 2 dimensiones y 3 modelos. La dimensión Concepción Antropológica y el Modelo de Alianza, predominaron en los tres grupos encuestados, demostrando estar “De acuerdo” según el puntaje obtenido.

Conclusiones: Existen diferencias en la percepción de los participantes sobre la Relación Médico-Paciente, excepto en el Modelo de Alianza, pues es un ideal a alcanzar ya que se basa en el voto de confianza que el paciente otorga al médico.

**PALABRAS CLAVE:** Relaciones Médico-Paciente, pacientes, médico, comunicación en salud.

## **SUMMARY**

Introduction: There are different models of relationship in the clinical encounter between the doctor and the patient, usually the paternalistic type. However, it is desired to have greater participation of patients to achieve results in adherence and treatment.

Objectives: To describe the perception of the types of doctor-patient relationship from the point of view of the patient, the resident physician and the students of the medical career in a General Hospital of Lima, Peru.

Materials and Methods: Descriptive cross-sectional study, carried out in the Medicine hospitalization rooms of the Cayetano Heredia Hospital. The survey "Doctor-patient relationship in the Pontificia Universidad Catolica de Chile: evaluation of a measurement scale" of 28 questions was used, each response was assessed according to the Likert scale. It was applied to 100 patients, 100 resident doctors and 100 seniors from the Faculty of Medicine of the Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Results: Significant difference was found in the perception of the participants in 2 dimensions and 3 models. The Anthropological Conception dimension and the Alliance Model predominated in the three groups surveyed, proving to be "In agreement" according to the score obtained.

Conclusions: There are significant differences in the perception of the participants on the Physician-Patient Relationship, except in the Alliance Model, because it is an ideal to achieve since it is based on the vote of confidence that the patient gives to the doctor.

**KEYWORDS:** Physician-Patient Relations, patients, physicians, health communication

## **INTRODUCCIÓN**

La Relación Médico-Paciente es un elemento primordial en la práctica médica, se define como una de las múltiples relaciones interpersonales de la sociedad, en la cual el enfermo entrega su confianza al médico con el fin de permitirle ayudarlo en mejorar su salud y cumplir una de las funciones sociales más importantes (1).

Para generar una óptima Relación Médico-Paciente, es necesario hallar el equilibrio entre la confianza mutua, desinteresada y la toma de decisiones compartidas, siempre respetando la integridad del paciente (2). Al alcanzar una óptima comunicación se obtienen grandes beneficios para este; por ejemplo, se ha visto en múltiples estudios que influye positivamente en la satisfacción del paciente, en los resultados médicos, incrementa la calidad de la atención y reduce los costos de salud (3).

Existen diversos factores que afectan la comunicación en la entrevista clínica. Por un lado, la ansiedad y el temor de los pacientes o sus expectativas poco realistas de la atención que reciben; por otro, la alta carga laboral de los médicos, su temor a los litigios, violencia física o verbal (4). Esto genera que la relación no siempre sea amistosa sino conflictiva, produciendo deshumanización en la medicina (5,6).

Por otra parte, en ocasiones el paciente otorga al médico superioridad debido a su experiencia, conocimientos amplios y el papel que le ofrece al intentar ayudarlo. Secundario a ello, el paciente adopta una actitud pasiva y un plano de inferioridad, en el que acepta todo lo que le dice el médico. En otros casos, por el contrario, puede incluso adoptar una conducta hostil sintiéndose vulnerable e indefenso (7).

Se debe promover que el paciente sea también protagonista durante la toma de decisiones con respecto al diagnóstico de su enfermedad y tratamiento; sin embargo, para que esto se logre, debe encontrarse bien informado acerca de su

situación clínica. Una buena comunicación por parte del médico ayudaría a este cometido (8). Se debe promover el logro de competencias transversales en la formación de médicos, como el profesionalismo, el humanismo, el trabajo en equipo y la comunicación clínica (9). Esto es recalcado por la Asociación de Facultades de Medicina del Perú (ASPEFAM) y el Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME), los cuales declaran que los programas de pregrado y especialización médica de nuestro país deben garantizar la enseñanza y el logro de competencias mencionadas (10,11). El médico puede experimentar el deterioro de sus habilidades de comunicación conforme avanza en su carrera, ya que muchas veces es expuesto a la dureza del entrenamiento médico y la subyacente pérdida de empatía y visión holística del paciente (4,12).

Ante la constante preocupación de la posible deshumanización de la medicina, en la Universidad Pontificia Católica de Chile se validó una encuesta sobre la Relación Médico-Paciente para tres actores: estudiantes de medicina, médicos y pacientes; con el fin de analizar esta y conocer sus principales acuerdos y diferencias. La encuesta contiene 28 preguntas distribuidas en 3 dimensiones: concepción antropológica, deshumanización de la medicina y Relación Médico-Paciente (6). Esta encuesta evalúa los siguientes modelos: Paternalista o Hipocrático, en el que el paciente carece de autonomía para tomar sus propias decisiones, es el médico quien toma las decisiones, prescindiendo de su consentimiento (1). El Modelo Legal se asemeja a un contrato legal de común acuerdo debido al carácter legalista de nuestra sociedad actual, esto puede llevar a la pérdida de confianza y naturaleza de esta relación. En el Modelo Comercial, el médico es como un agente comercial o vendedor y el paciente se convierte en su “cliente” o consumista de la medicina,

donde lo que más importa es el aspecto económico, convirtiendo la relación en un negocio (1). El Modelo de Autonomía de la toma de decisiones hace referencia al principio bioético de autonomía del paciente respetando su capacidad de decisión. Por último, en el Modelo de Alianza el médico es un consejero que busca el beneficio del paciente ayudándolo a tomar decisiones, teniendo en cuenta la vulnerabilidad de este (2).

El objetivo de nuestro estudio es describir la percepción de los tipos de Relación Médico-Paciente desde el punto de vista del paciente, del médico residente y de los alumnos de la carrera de medicina en un hospital general de Lima, Perú.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo de tipo observacional y de corte transversal, cuya población fueron los pacientes que se encuentran en las salas de Hospitalización de Medicina del Hospital Cayetano Heredia (HCH), médicos residentes y alumnos de pregrado de último año de la facultad de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) que realicen su entrenamiento médico clínico en dicha sede.

Se consideró en el estudio una población de 300 participantes: 100 pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina, 100 médicos residentes y 100 estudiantes de pregrado de Medicina de último año. Se excluyeron pacientes menores de edad, analfabetos, extranjeros, cuyo idioma principal no sea el castellano, con alguna discapacidad visual o auditiva, déficit neurológico o con enfermedades psiquiátricas; también a participantes que no completaron en su totalidad la encuesta y no aceptaran participar a través del consentimiento informado.

Se realizó un muestreo no aleatorizado y se aplicó la encuesta de manera consecutiva hasta lograr el número de muestra de 100 participantes de cada grupo. El instrumento que se utilizó fue la encuesta validada y publicada en “Relación médico-paciente en la Pontificia Universidad Católica de Chile: evaluación de una escala de medición” por Ángel Rodríguez y colaboradores (6). La encuesta contiene preguntas distribuidas en tres dimensiones, siendo la última dividida en cuatro modelos 1) Concepción Antropológica; 2) Deshumanización de la medicina; 3) Relación Médico-Paciente; 3.1) Modelo Paternalista; 3.2) Modelo de Alianza; 3.3) Modelo Legal; 3.4) Modelo de Autonomía en la toma de Decisiones Médicas.

El cuestionario agrupó 28 preguntas en total, las cuales tienen como opción de respuesta cinco ítems: muy en desacuerdo, en desacuerdo, medianamente de acuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo; solo 1 de estas opciones en cada pregunta podrá ser escogida por los encuestados. Las respuestas fueron valoradas con una escala tipo Likert de 5 grados, obteniendo un puntaje desde 1 a 5 puntos según fueron mencionadas anteriormente.

Previamente a la ejecución, se evaluó la comprensión de la herramienta con un grupo piloto de 10 pacientes, alumnos y residentes donde pudieron realizar la encuesta satisfactoriamente. Ningún participante tuvo dificultades para responder, por lo que no hubo necesidad de modificar frases o palabras de alguna pregunta. Se aplicó la encuesta a alumnos de pregrado de último año y médicos residentes de manera virtual a través del correo institucional de la UPCH, tomando en cuenta las 100 primeras respuestas. A los pacientes se les aplicó la encuesta de manera presencial alrededor del medio día después de la visita médica diaria en las salas de hospitalización del servicio de Medicina Interna como Medicina A, Medicina B, Medicina Tropical, Tópico de Medicina, Observación Varones y Mujeres. Las encuestas fueron entregadas en físico a los pacientes para que puedan leerlas y contestarlas. En caso de existir dudas, estas se resolvían breve y objetivamente con el fin de no condicionar respuesta alguna.

La mayoría de las preguntas hacían referencia a afirmaciones con respecto al título de cada dimensión y modelo; sin embargo, al ser la quinta pregunta la única propuesta en negación, se decidió invertir el puntaje; es decir, muy en desacuerdo (5), en desacuerdo (4), medianamente de acuerdo (3), de acuerdo (2), muy de acuerdo (1).

El presente estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de la UPCH y del HCH (Código 010-019); así mismo, los participantes firmaron el consentimiento informado para efectos del uso de la información en investigación clínica.

A través de métodos estadísticos, utilizando el programa STATA v10®, se calculó la media, desviación estándar, mediana e intervalos intercuartiles 25-75 de cada pregunta, dimensión y modelo.

## RESULTADOS

Se encuestaron a un total de 300 participantes: 100 alumnos de Pregrado, 100 médicos residentes y 100 pacientes. Del primer grupo encuestado, alumnos de pregrado, la media de las edades fue de 24.17 (22-28) años, siendo la mayoría de sexo femenino (56%). Con respecto a los médicos residentes, la media de las edades fue 30.74 (25-51) años, la mayoría de sexo masculino (57%). Predominaron médicos cursando el primer año del Residentado Médico (36%), todos ellos de diferentes especialidades como medicina interna (18%), geriatría (9%), medicina intensiva (9%), entre otras. Finalmente, la mayoría de pacientes fueron de sexo masculino (58%) y la media de las edades fue 47.62 (18-72) años, encontrándose gran parte (60%) entre los 30 y 59 años. La mayoría de los pacientes encuestados lograron completar estudios hasta secundaria (56%); otros, superior técnico (15%) y superior universitario (16%). Se pueden apreciar los resultados en la **Tabla 1**.

En la encuesta, al tener cada respuesta un puntaje asignado según la escala Likert, siendo “Muy en desacuerdo” igual a 1, “En desacuerdo” a 2, “Medianamente de acuerdo” a 3, “De acuerdo” a 4 y “Muy de acuerdo” a 5; a partir de métodos estadísticos se obtuvo la media en cada dimensión, la cual según el puntaje obtenido orienta a que la percepción de cada población se encontraba “De acuerdo” o “En desacuerdo”. De esta forma, se logra visualizar en la **Tabla 2** los resultados de medias de cada dimensión según alumnos de pregrado, médicos residentes y pacientes. Cabe resaltar que la distribución de los resultados fue no normal. A grandes rasgos se observan diferencias en las medias de 2 dimensiones y 3 modelos; excepto en el Modelo de Alianza, en el que los resultados muestran mayor afinidad y homogeneidad en la percepción de los tres grupos de participantes.

Se analizaron las 28 preguntas por separado dentro de cada dimensión y se obtuvieron los resultados observados en la **Tabla 3**.

En la primera dimensión, sobre la Concepción Antropológica, se observó que los alumnos de pregrado obtuvieron una media de  $4.23 \pm 0.51$  y los médicos residentes una media de  $4.18 \pm 0.51$ ; mostrándose ambos “de acuerdo” con lo abarcado en esta dimensión. Sin embargo, la media resultante de los pacientes fue  $3.93 \pm 0.36$ , encontrándose solo “medianamente de acuerdo”. Asimismo, al analizar las preguntas individualmente, evidenciamos que los pacientes estuvieron en menor acuerdo en cuanto a la afirmación “La medicina es una ciencia, por eso lo religioso es innecesario” en comparación con los otros participantes.

En la segunda dimensión, Deshumanización de la Medicina, se encontró que los médicos residentes tuvieron una media de  $3.92 \pm 0.72$  y los pacientes una media de  $3.77 \pm 0.65$ . Estos fueron diferentes comparado con los resultados de los alumnos de pregrado, quienes obtuvieron una media de  $3.45 \pm 0.88$ . Sin embargo, todos los resultados arrojan una opinión “medianamente de acuerdo” en cuanto a la existencia de diferencias en la atención médica. En los enunciados sobre si las personas reciben un trato digno por su condición de edad y de religión, respectivamente, se obtuvo resultados de medias semejantes entre los 3 grupos, mostrando a los participantes “De acuerdo” con este enunciado.

La tercera dimensión Relación Médico-Paciente se subdivide en cuatro modelos. El primero es el Modelo Paternalista, en el cual se encontró diferencia entre los tres grupos, siendo el de pacientes el del mayor puntaje con una media de  $3.59 \pm 0.53$ ; es decir, fue el único que se encontraba “medianamente de acuerdo”. Sin embargo, se encontró homogeneidad en la media de los tres grupos en el enunciado que afirma

que la alta eficacia de los avances científicos y técnicos en medicina hacen innecesario tomar en cuenta la opinión y sentir de los pacientes, interpretándose como “En desacuerdo” según la escala Likert.

En el Modelo Legal se pudo encontrar diferencia entre las tres poblaciones, notándose mayor aceptación entre el grupo de pacientes. Sin embargo, en la pregunta veinticinco, que hace referencia a si la relación entre el médico y el paciente es similar a la relación entre un agente de ventas y un comprador o cliente, todos coincidieron, interpretándose como “En desacuerdo”.

El cuarto modelo hace referencia al Modelo de Autonomía en la Toma de Decisiones. Se pudo encontrar diferencias en todas las preguntas correspondientes a esta sección, con medias desde  $3.58 \pm 1.02$  a  $4.39 \pm 0.67$ ; lo cual se puede interpretar como “De acuerdo” en los tres grupos.

Dentro del grupo de pacientes, se consideró otras variables como grado de instrucción y edad. En cuanto al grado de instrucción, se observa diferencia en la percepción del Modelo Paternalista, donde los pacientes que culminaron primaria y secundaria obtuvieron resultados de medias ( $3.55 \pm 0.47$  y  $3.70 \pm 0.58$ , respectivamente) más altas que las de los pacientes con grado superior técnico o universitario, interpretadas con tendencia al “De acuerdo”.

Por otro lado, se halló diferencias en la percepción del Modelo Legal, en el que los pacientes con mayor nivel educativo, superior técnico y universitario, obtuvieron resultados de medias ( $2.87 \pm 0.59$  y  $2.55 \pm 0.60$ , respectivamente) menores que las de los pacientes de menor nivel educativo, lo que se interpretó como tendencia al “En desacuerdo”. Con respecto a las edades de los pacientes, se observó diferencia solo en el Modelo de Autonomía en la toma de decisiones, en el que los pacientes

mayores de 60 años obtuvieron una media de  $4.19 \pm 0.62$  interpretada como “De acuerdo”, mayor comparado con los grupos etarios. Se aprecian los resultados en la **Tabla 4 y 5**.

Finalmente, dentro de la población de médicos residentes, se evaluaron las percepciones según el año académico, donde no se halló diferencia en ninguna de las dimensiones y modelos. Esto se puede observar en la **Tabla 6**.

## **DISCUSIÓN**

En este estudio, se demostró la diferencia en cuanto la percepción de los participantes sobre la Relación Médico-Paciente en 2 dimensiones y 3 modelos de la encuesta. En los tres grupos encuestados se evidenció preferencia con el Modelo de Alianza y la Concepción Antropológica; por otro lado, menos aceptación por el Modelo Legal y Paternalista. A diferencia de otros estudios donde predominó el Modelo Paternalista y el paciente se consideraba indefenso en el contexto del padecimiento de su patología y requería del conocimiento médico para resolver la misma, iniciando el tratamiento independientemente de la contribución del paciente (13).

En primer lugar, se evaluó la percepción de los participantes con respecto a la Concepción Antropológica, la cual se refiere al enfoque que se da al ser humano según perspectivas religiosas, filosóficas y/o socioculturales presentes en la atención médica lo que permite al médico observar al paciente desde un punto de vista físico, psicológico y sociocultural (6). Si bien los tres grupos se encontraban a favor de esta dimensión, los alumnos de pregrado y médicos residentes se mostraron aún más de acuerdo que los pacientes. Por lo que se confirma que la visión médica en nuestro contexto busca conocer mejor las circunstancias que rodean la percepción del paciente hacia su enfermedad y cómo la enfrenta (14). Es nuestra sociedad la que ha establecido qué comportamientos pueden o no ser saludables y de acuerdo a las concepciones que la comunidad asume, las personas en conjunto logran definir salud (15), por ejemplo, se ha observado que la religión y la espiritualidad ayudan a lidiar con el estrés generado por la enfermedad que aqueja al paciente y contribuye al alivio de su sufrimiento, generando mayor

esperanza y mejorando su calidad de vida (16). Los resultados mostraron que la percepción de los participantes con respecto a esta dimensión muestra concordancia con lo mencionado, lo que también ha sido descrito en bibliografía de nuestro país, enfatizando la importancia que nuestra cultura le otorga a la religión y espiritualidad como parte de la visión holística del paciente (14).

En segundo lugar, se evaluó la percepción de los participantes sobre la Deshumanización en la Medicina. Se indagó en los participantes su opinión acerca del trato del médico con respecto a la condición del paciente según su edad, género, orientación sexual, nivel socioeconómico y religión. El resultado mostró diferencias y se evidencia que la opinión de los alumnos de pregrado concuerda con que la atención médica es diferenciada e incluso, en algunas situaciones, no es digna. La bibliografía coincide con que ellos, al tener poca experiencia en la práctica clínica y tener presente con mayor facilidad lo aprendido durante las clases de pregrado, muestran mayor empatía y deseos en mejorar la atención al paciente, poniendo en práctica las limitadas habilidades de comunicación que han adquirido (17). Durante el pregrado de la UPCH se aplican de manera regular cursos de ética y recientemente cursos de comunicación clínica; sin embargo, es posible que los alumnos de pregrado, en general, al verse expuestos a altas exigencias desde los primeros semestres, muestra cambios en sus patrones conductuales y en su estilo de vida, lo que se exagera aún más al empezar la práctica clínica (4, 18), donde el trabajo duro y limitado asociado a las dificultades físicas y emocionales durante su entrenamiento puedan generar la pérdida de empatía, dificultades en la comunicación, llegando finalmente a la deshumanización en la medicina (4, 12).

En cuanto a la percepción de la Relación Médico-Paciente, se evaluó la predominancia de los principales tipos de modelos. El Modelo Paternalista tuvo resultados de desaprobación por parte de médicos residentes y alumnos de pregrado, probablemente por lo transmitido durante su formación universitaria (21); en tanto que los pacientes se mostraron medianamente a favor de este, lo cual es comprensible dado que al ser un paciente hospitalizado se encuentra en un estado de vulnerabilidad. Además, este modelo es el que ha primado en la sociedad por mucho tiempo y considera al médico como el que lleva el control y toma un rol paterno, decidiendo lo que él cree que es mejor para el paciente (18), este último toma un papel sumiso o pasivo durante el proceso de su enfermedad (2). En suma, la esencia de este modelo es dejar de lado el principio de respeto a la autonomía y se apoya en el principio de la beneficencia (19).

Por otro lado, como reacción pendular frente al paternalismo, surge el Modelo de Autonomía en la toma de Decisiones. Este modelo obtuvo aceptación de las tres poblaciones, siendo mayor en los alumnos de pregrado, lo que coincide con el respeto por la libertad del paciente inculcado en las aulas (20). El autonomismo surgió hace solo unas décadas por influencia anglosajona como un modelo alternativo que consiste en decidir por y sobre uno mismo, representa la salida del paciente de la tutoría paterna del médico y la conciencia de poder decidir sobre su propio bien (19). Estas ideas están surgiendo de manera importante dentro de la población, no solo de los médicos principalmente jóvenes, sino también de los pacientes. De esta manera, se observa una transición que se puede ver plasmada en los resultados obtenidos en este estudio, lo que indica que independientemente de

los aportes de este nuevo modelo, el cambio social ha generado no solo un nuevo tipo de médicos, sino también un nuevo tipo de pacientes (21).

En cuanto al Modelo Legal, su origen radica en el carácter legalista de nuestra sociedad. Se pasa a una situación de contrato en la que el paciente puede demandar al médico al interpretar que no está siguiendo lo previamente pactado (6). Se mostró clara desaprobación por parte de los tres grupos, en especial por parte de los médicos residentes, quienes son los que se encuentran más expuestos a las demandas ya que son responsables del bienestar del paciente en la práctica diaria (10).

La percepción del Modelo de Alianza de la Relación Médico-Paciente fue la que primó homogéneamente en las tres poblaciones, obteniendo más respuestas positivas. La idea de este modelo se basa en un balance, en la que tanto pacientes como médicos son actores principales de la relación, el paciente deposita su confianza en el médico y este actúa buscando el bien del primero (2). Este modelo de asociación se ha convertido más en una aspiración, en el que se valora la autonomía del paciente y su derecho a la participación activa en las decisiones que le conciernen, surgiendo el concepto de decisiones compartidas en la medicina (21).

Para poder lograrlo es muy importante una óptima comunicación entre el médico y el paciente como parte de la atención integral. No obstante, problemas actuales como la alta carga asistencial, la duración de las consultas, el miedo a las demandas y la responsabilidad legal hacen que esta relación sea un tanto utópica y difícil de aplicar, a pesar de que los profesionales estén de acuerdo con ella (22).

Se evaluó la percepción de la Relación Médico-Paciente con respecto al grado de instrucción de los pacientes, donde se obtuvo diferencias en la percepción del

Modelo Paternalista. Se observó que los pacientes que culminaron primaria y secundaria se mostraron mucho más a favor en comparación a los pacientes con grado superior. En concordancia, en un estudio realizado en un hospital general de Lima donde se evaluó la Relación Médico-Paciente a través de una encuesta, se pudo observar que las exigencias en la atención médica son mayores en pacientes con mayor nivel educativo (23). Por otro lado, también se evidenció que, en el Modelo Legal, los pacientes más instruidos mostraron mayor desacuerdo con los enunciados. Se reconoce que falta de educación y el limitado alcance a conocimientos expone al paciente a influencias externas y mediáticas que pueden generar mayor recelo hacia el médico (19).

También se evaluó a los pacientes a partir del grupo etario y en el Modelo de Autonomía en la toma de Decisiones se observó que los pacientes mayores de 60 años se encontraron más a favor a comparación de los otros rangos de edad. Se sabe que mientras mayor sea el paciente, este pierde parte de su capacidad para valerse por sí mismo, llegando a requerir ayuda externa. Sin embargo, lo observado en nuestro estudio concuerda que, a pesar de que el paciente puede verse “desvalido”, continúa buscando conservar autonomía en la atención médica y en el proceso de su enfermedad (24).

En base a los hallazgos de este estudio, consideramos que es fundamental que las competencias de comunicación deben ser desarrolladas a partir de la inserción de talleres en la currícula del Residentado Médico del país, para así mejorar las habilidades del médico en la atención (25). En cuanto a los alumnos de pregrado, las habilidades adquiridas deben ser reforzadas en las prácticas pre profesionales

de los últimos años de su carrera, idealmente bajo la observación directa de docentes capacitados (20).

Entre las limitaciones del estudio encontramos no haber evaluado la percepción de los pacientes en cuanto a su patología de fondo ni el tiempo de estancia hospitalario. Además, al solo abarcar pacientes hospitalizados, no es posible extrapolar los resultados de este estudio a pacientes atendidos en consultorio externo. Por otro lado, tampoco se tomó en consideración a médicos asistentes a diferencia del artículo original, por la reducida cantidad de los mismos en las salas de hospitalización. Finalmente, solo se consideraron participantes de un hospital general y de una sola sede docente.

## **CONCLUSIONES**

En conclusión, se encontraron diferencias en la percepción de los participantes sobre la Relación Médico-Paciente, siendo la diferencia más evidente en cuanto al Modelo Paternalista, donde los pacientes se mostraron más a favor del mismo, en comparación a los otros dos grupos.

También observamos que, a pesar de existir diferencias, se aprecia homogeneidad en cuanto al Modelo de Alianza, siendo este un ideal a alcanzar ya que se basa en el voto de confianza que el paciente otorga al médico en busca de su bienestar.

Los pacientes con menor grado de instrucción se mostraron mucho más a favor del Modelo Paternalista y del Modelo Legal, en comparación con pacientes con grado superior técnico o universitario. En cuanto al grupo etario, se observó que la población mayor de 60 años obtuvo mayor afinidad por el Modelo de Autonomía.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arrubarrena V. La relación médico-paciente. *Cirujano General* 2011; 3(2): 122- 125.
2. Rodriguez, A. Modelos de la relación médico-paciente. Reflejo de la deshumanización de la salud, en “Ars Medica”, n° 12, PUC. Santiago de Chile, 2006.
3. Kim S, Jabori S, O’Connell J, Freeman S, Fung CC, Ekram S. Research methodologies in informed consent studies involving surgical and invasive procedures: Time to re-examine? *Patient Education and Counseling*. 2013 Dec 1;93(3):559–66.
4. Fong Ha, J et al. Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal* 2010; 10(1): 38-43.
5. Vilarroig J. Problemas en la relación médico-enfermo y ética de las virtudes como propuesta de solución. *Medicina e Morale Ene* 2014; 1(1): 79-93.
6. Rodriguez, A. Mardones, F. Villarroel, L. Relación médico-paciente en la Pontificia Universidad Católica de Chile: evaluación de una escala de medición. *Rev Med Chile* 2012; 140(2):176-183.
7. Rodriguez, M. Relación médico-paciente, 1 ed. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas; 2008. 34-35.
8. Zevallos-Palacios, C. La participación del paciente en la toma de decisiones clínicas como estrategia para salvaguardar sus derechos. *Rev. Perú. med. exp. salud pública* 2013; 30(2):363-364.
9. Michelle L. Kohatsu, W. Nunley, W. Mehta, D. Davis, R. A Medical Student Elective Promoting Humanism, Communication Skills,

- Complementary and Alternative Medicine and Physician Self-Care: An Evaluation of the HEART Program. NIH-PA Author Manuscript 2013; 9(5):1-14.
10. Ticse R. El Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) en la evaluación de competencias de comunicación y profesionalismo en los programas de especialización en Medicina. *Rev Medica Hered.* 2017 Jul; 28(3):192- 9.
  11. CONAREME. Estándares mínimos de formación. <https://www.conareme.org.pe/web/estandares-de-formacion-CONAREME.php>; 2019 Ene 10.
  12. DiMatteo MR. The role of the physician in the emerging health care environment. *West J Med.* 1998 Jul; 168(5):328–333
  13. Sementilli N. Paradigma médico actual y su implementación: relación médico paciente establecida en servicios de Salud Pública. *Med Journal.* 2018; (1):6.
  14. Salaverry O. Antropología de la salud: una mirada actual. *Rev Perú Med.* 2017; 34(2):165-166.
  15. Mínguez J. Antropología de los Cuidados. *Cultura de Cuidados.* 2000; 7(8):102-106.
  16. De Sousa Matos T. Calidad de vida y coping religioso-espiritual en pacientes bajo cuidados paliativos oncológicos. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2017;25(2919):1-8.
  17. Ávila-Morales J. La deshumanización en medicina desde la formación al ejercicio profesional. *Iateria* 2016;30(2):216-229.

18. Mohanty, AP. Update Medicine. En ApiIndia, editores. Doctor-Patient Relationship. Mumbai, India; 2017. p. 1011-1013.
19. Seoane J. La relación clínica en el siglo XXI: Cuestiones médicas, éticas y jurídicas. XVI Congreso «Derecho y Salud» 2008; 16(1):79-86.
20. Guillén-López O, Mas-Ubillús G, Reto-Zapata B, Guerra-García A, Tomateo-Torvisco D. Enseñanza secuencial de habilidades de comunicación en las facultades de Medicina. Rev Soc Peru Med Interna. 2017;30 (2):104-108.
21. Lifshitz A. La relación médico-paciente en una sociedad en transformación. Rev Act Med Grupo Ángeles. 2003;1(1):59-65.
22. Girela B, Rodríguez A. La relación médico-paciente analizada por estudiantes de medicina desde la perspectiva del portafolio. Cuadernos de Bioética. 2018;29(95):59-67.
23. Mulanovich V. Relación médico-paciente en servicios docentes de hospitalización del servicio de medicina. Tesis de Bachiller para optar por el título de médico-cirujano. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú; 1989.
24. Puijalon B. Autonomía y vejez: Un contexto cultural, un enfoque político, una propuesta filosófica. En Fundació Víctor Grífols i Lucas, editores. Autonomía y dependencia en la vejez. Barcelona, España: Vanguard Gràfic S.A; 2009. p. 8-27.
25. Ramos C. Percepción de las relaciones médico-paciente por parte de los usuarios externos del Departamento de Medicina del Hospital Carrión, Callao-Perú. An Fac Med. 2008;69(1):12-6.

## TABLAS Y GRÁFICOS

**Tabla 1. Características generales de la población**

<b>Variables</b>	<b>Alumnos</b>	<b>Residentes</b>	<b>Pacientes</b>
<b>Género</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Masculino	44	57	58
Femenino	56	43	42
<b>Edad</b>			
Promedio (Rango)*	24,17 (22-28)	30,74 (25-51)	47,62 (18-72)
<b>EDAD DE LOS PACIENTES</b>			
<b>18 a 29 años</b>		18	
<b>30 a 59 años</b>		60	
<b>Mayores de 60 años</b>		22	
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES</b>			
<b>Primaria</b>		13	
<b>Secundaria</b>		56	
<b>Superior Técnico</b>		15	
<b>Superior Universitario</b>		16	
<b>AÑO ACADÉMICO DE LOS MÉDICOS RESIDENTES</b>			
<b>1er año</b>		36	
<b>2do año</b>		21	
<b>3er año</b>		21	
<b>4to año</b>		22	
<b>ESPECIALIDAD MÉDICA DE LOS RESIDENTES</b>			
<b>Medicina Interna</b>		18	
<b>Medicina Intensiva</b>		9	
<b>Geriatría</b>		9	
<b>Endocrinología</b>		8	
<b>Neumología</b>		7	
<b>Infectología</b>		7	
<b>Nefrología</b>		7	
<b>Otras</b>		35	

Promedio (Rango)\*: Observamos la media de las edades y los valores mínimo y máximo de cada población.

**Tabla 2. Resultados estadísticos en cuanto a dimensión, modelos y grupo poblacional**

DIMENSIONES Y MODELOS	ALUMNOS DE PREGRADO			MÉDICOS RESIDENTES			PACIENTES		
	Media	DE	Mediana	Media	DE	Mediana	Media	DE	Mediana
<b>1. Concepción Antropológica</b>	4,23	0,51	4,2 (3,8 - 4,6)	4,18	0,51	4,2 (4 - 4,6)	3,93	0,36	4 (3,7 - 4,2)
<b>2. Deshumanización de la Medicina</b>	3,45	0,88	3,4 (3 - 4)	3,92	0,72	4 (3,6 - 4,3)	3,77	0,65	3,9 (3,3 - 4)
<b>3.1 Modelo Paternalista</b>	2,49	0,68	2,5 (2,06 - 2,8)	2,74	0,61	2,7 (2,3 - 3,2)	3,59	0,53	3,56 (3,25 - 4)
<b>3.2 Modelo de Alianza</b>	4,40	0,56	4,333 (4 - 5)	4,33	0,46	4,3 (4 - 4,6)	4,32	0,46	4 (4 - 4,6)
<b>3.3 Modelo Legal</b>	2,51	0,67	2,5 (2 - 2,8)	2,42	0,61	2,5 (2 - 2,75)	2,97	0,67	3 (2,5 - 3,5)
<b>3.4 Modelo de Autonomía en la toma de decisiones</b>	4,08	0,62	4 (3,6 - 4,6)	3,81	0,53	4 (3,6 - 4)	3,92	0,62	4 (3,6 - 4)

DE: Derivación Estándar

Mediana: Observamos la mediana con los rangos intercuartílicos 25 y 75.

**Tabla 3. Resultados estadísticos en cuanto a cada pregunta y grupo poblacional**

DIMENSIONES Y MODELOS	ALUMNOS DE PREGRADO		MÉDICOS RESIDENTES		PACIENTES	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
<b>Dimensión 1. Concepción Antropológica</b>						
1. El paciente requiere ser tratado por el médico integralmente, considerando desde lo físico hasta lo espiritual	4,49	0,66	4,43	0,76	4,07	0,54
2. La salud es un estado de equilibrio integral de todas las dimensiones de la persona, incluyendo la religiosa o espiritual	4,48	0,69	4,3	0,73	4,04	0,65
3. El médico debe desarrollar la sensibilidad para captar las necesidades del paciente	4,63	0,54	4,39	0,69	4,4	0,51
4. Lo espiritual fortalece y compromete mucho más el profesionalismo del médico	4,03	0,83	3,98	0,79	4,09	0,78
5. La medicina es una ciencia, por eso lo religioso es innecesario	3,5	1,03	3,79	0,89	3,03	1,36
<b>Dimensión 2. Deshumanización de la medicina</b>						
6. En la práctica médica cotidiana, los pacientes reciben una atención digna sin discriminar por su (condición de): hombre o mujer	3,53	1,11	4,05	0,76	3,94	0,68
7. Por su (condición de): Homosexual u otras tendencias sexuales	3,28	1,11	3,87	0,86	3,79	0,87
8. Por su (condición de): Edad	3,48	1,09	3,83	0,92	3,68	1,03
9. Por su (condición de): Nivel Socio-económico	3,13	1,12	3,81	0,92	3,5	1,12
10. Por su (condición de): Religión	3,84	0,88	4,06	0,69	3,96	0,65
<b>Dimensión 3. Relación médico-paciente 3.1 Modelo Paternalista</b>						
11. La alta eficacia de los avances científicos y técnicos en medicina, hacen innecesario tomar en cuenta la opinión y el sentir de los pacientes	1,82	1,03	1,94	1,02	1,81	0,69
12. Como los criterios de la ciencia y la fe religiosa se contradicen, el trabajo del médico debería centrarse solamente en la enfermedad del paciente	2,15	1,05	2,16	0,88	3,58	0,98
13. El médico es quien determina lo mejor para el paciente	2,91	0,94	3,26	0,92	4,12	0,54
14. El médico debe centrarse solamente en tratar al paciente en función de su enfermedad	2,02	0,95	2,35	0,98	3,59	1,09

15. El paciente prefiere que el médico tome las decisiones, porque él es el experto	2,9	0,90	3,22	0,99	3,9	0,85
16. La tecnología y los avances científicos aseguran el éxito del trabajo médico	2,79	1,09	3,15	0,99	3,99	0,66
17. El médico sabe más que el paciente sobre su enfermedad	2,97	1,01	3,27	0,94	4,06	0,76
18. Es más importante en el trabajo médico, el tratamiento y diagnóstico de la enfermedad que poner atención a los problemas personales del paciente	2,38	1,01	2,6	0,92	3,52	1,06
<b>Dimensión 3.2 Modelo de Alianza</b>						
19. La relación entre el médico y el paciente se basa en el voto de confianza que el paciente le da al médico	4,25	0,77	4,17	0,62	4,38	0,62
20. El médico debe informar de modo gradual, claro y veraz sobre la enfermedad al paciente, aunque ésta sea grave o fatal	4,45	0,69	4,37	0,68	4,39	0,65
21. El compromiso de confidencialidad implica que el médico guardará en secreto aspectos personales e íntimos que el paciente desea que se resguarden	4,51	0,67	4,44	0,62	4,18	0,70
<b>Dimensión 3.3 Modelo Legal</b>						
22. Un documento legal firmado ante notario sobre deberes y derechos, mejoraría la relación entre el médico y el paciente	2,64	0,98	2,47	1,01	2,92	1,17
23. El paciente debería asesorarse con un abogado cuando está insatisfecho con la atención del médico	2,94	0,97	2,57	0,96	3,18	1,11
24. El médico interroga al paciente únicamente para diagnosticar y proponer un tratamiento	2,55	1,06	2,73	1,02	3,7273	0,88
25. La relación entre el médico y el paciente es similar a la relación entre un agente de ventas y un comprador o cliente	1,9	0,98	1,91	0,95	2,04	0,84
<b>Dimensión 3.4 Modelo de autonomía en la toma de decisiones</b>						
26. El médico actúa como consejero, el paciente es el que toma la decisión según sus valores	3,88	0,82	3,63	0,81	3,58	1,02
27. El conocimiento que el paciente tiene de sí mismo, le permite tomar buenas decisiones con su médico sobre el tratamiento de su enfermedad	3,96	0,95	3,69	0,81	3,98	0,72
28. Las expectativas del paciente deben ser consideradas en el proceso de diagnóstico y tratamiento por parte del médico	4,39	0,67	4,11	0,62	4,21	0,59

**Tabla 4. Resultados estadísticos en cuanto a dimensión, modelos y grado de instrucción de pacientes**

DIMENSIONES Y MODELOS	PRIMARIA		SECUNDARIA		SUPERIOR TÉCNICO		SUPERIOR UNIVERSITARIO	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
1. Concepción Antropológica	4,05	0,20	3,96	0,31	3,88	0,28	3,76	0,59
2. Deshumanización de la Medicina	3,72	0,81	3,83	0,68	3,48	0,49	3,89	0,52
3.1 Modelo Paternalista	3,55	0,47	3,70	0,58	3,34	0,43	3,34	0,40
3.2 Modelo de Alianza	4,15	0,40	4,42	0,46	4,16	0,43	4,25	0,43
3.3 Modelo Legal	3,10	0,53	3,08	0,70	2,87	0,59	2,55	0,60
3.4 Modelo de Autonomía en la toma de decisiones	3,85	0,70	4,01	0,67	3,80	0,41	3,81	0,53

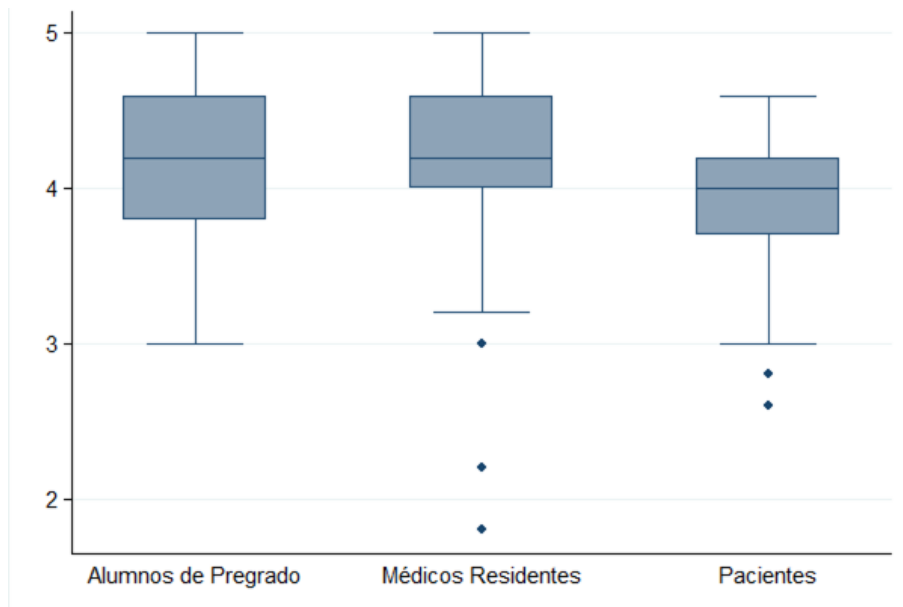
**Tabla 5. Resultados estadísticos en cuanto a dimensión, modelos y grupo etario de pacientes**

DIMENSIONES Y MODELOS	18-29 AÑOS		30-59 AÑOS		60 A MÁS	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
1. Concepción Antropológica	3,81	0,38	3,94	0,36	3,98	0,35
2. Deshumanización de la Medicina	3,79	0,58	3,76	0,62	3,81	0,81
3.1 Modelo Paternalista	3,43	0,52	3,60	0,53	3,69	0,53
3.2 Modelo de Alianza	4,31	0,48	4,26	0,45	4,49	0,45
3.3 Modelo Legal	2,94	0,55	3,04	0,65	2,88	0,82
3.4 Modelo de Autonomía en la toma de decisiones	3,72	0,64	3,88	0,58	4,19	0,62

**Tabla 6. Resultados estadísticos en cuanto a dimensión, modelos y año académico de los médicos residentes**

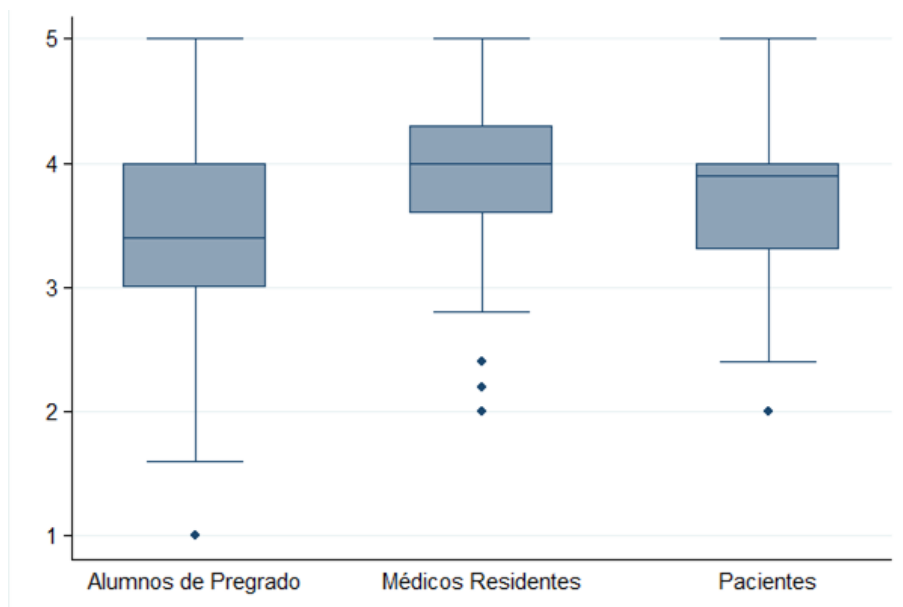
DIMENSIONES Y MODELOS	1ER AÑO		2DO AÑO		3ER AÑO		4TO AÑO	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
<b>1. Concepción Antropológica</b>	4,13	0,46	4,06	0,57	4,20	0,64	4,35	0,35
<b>2. Deshumanización de la Medicina</b>	3,99	0,72	3,85	0,67	3,84	0,79	3,96	0,76
<b>3.1 Modelo Paternalista</b>	2,79	0,60	2,80	0,66	2,73	0,56	2,62	0,67
<b>3.2 Modelo de Alianza</b>	4,39	0,51	4,24	0,41	4,38	0,44	4,26	0,44
<b>3.3 Modelo Legal</b>	2,46	0,62	2,46	0,53	2,23	0,68	2,50	0,61
<b>3.4 Modelo de Autonomía en la toma de decisiones</b>	3,80	0,55	3,86	0,52	3,76	0,54	3,83	0,51

**Gráfico 1: Concepción antropológica**



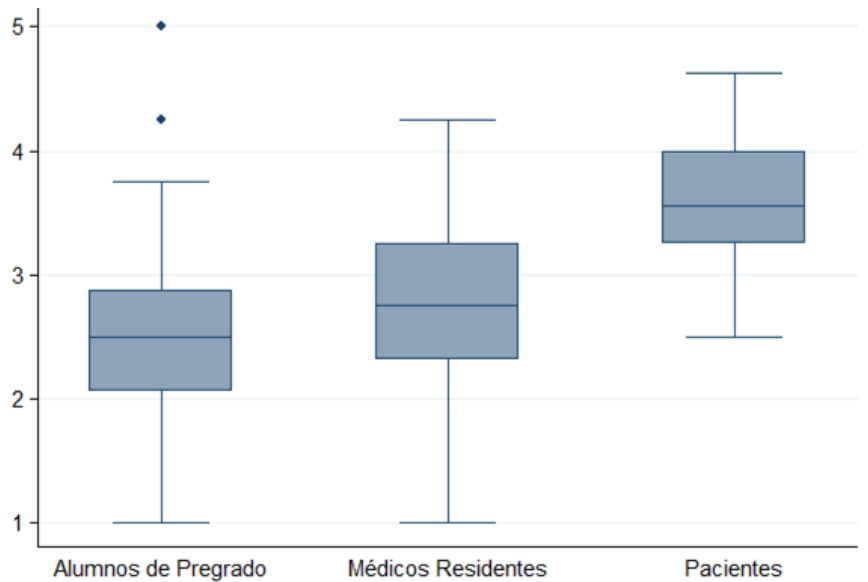
En la dimensión Concepción Antropológica los pacientes se mostraron en menor acuerdo. Se obtiene para este grupo un límite inferior de 3 y superior de 4.6. El valor de los cuartiles es el siguiente Q1=3.7, Q2=4, Q3=4.2. Presenta una distribución asimétrica negativa.

**Gráfico 2: Deshumanización de la Medicina**



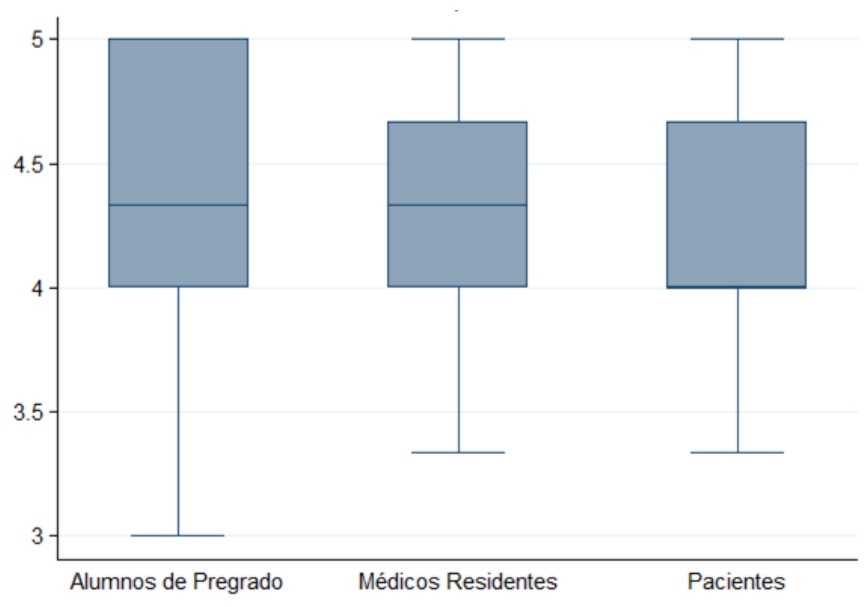
En la dimensión Deshumanización de la Medicina los alumnos de pregrado se mostraron en menor acuerdo. Se obtiene para este grupo un límite inferior de 1,6 y superior de 5. El valor de los cuartiles es el siguiente Q1=3, Q2=3.4, Q3=4. Presenta una distribución asimétrica negativa.

**Grafico 3: Relación Médico-Paciente: Modelo Paternalista**



En el Modelo Paternalista los pacientes se mostraron en mayor acuerdo. Se obtiene para este grupo un límite inferior de 2.5 y superior de 4.6. El valor de los cuartiles es el siguiente  $Q1=3.25$ ,  $Q2=3.56$ ,  $Q3=4$ . Presenta una distribución asimétrica positiva.

**Grafico 4: Relación Médico-Paciente: Modelo de Alianza**



En el Modelo de Alianza los alumnos de pregrado se mostraron en mayor acuerdo. Se obtiene para este grupo un límite inferior de 3 y superior de 5. El valor de los cuartiles es el siguiente  $Q1=4$ ,  $Q2=4.33$ ,  $Q3=5$ . Presenta una distribución asimétrica positiva.